

LAS REPRESENTACIONES CULTURALES DE LA SALUD EN LOS GRUPOS POPULARES DE NICARAGUA

—FRANCOIS HOUTART

—GENEVIEVE LEMERCINIER

INTRODUCCION

La salud es un objetivo central de la revolución en Nicaragua y, a pesar de las dificultades de todo tipo, se han realizado esfuerzos considerables en el curso de los últimos años. A través de los mismos se han logrado resultados apreciables. Sin embargo, todas estas iniciativas no se han realizado en un vacío cultural, puesto que la salud no es solamente un problema físico. Las representaciones culturales que los grupos humanos tienen de la salud y de la enfermedad incluyen la interpretación que ellos dan a su origen y ejercen una influencia sobre la práctica curativa que se aplica. He aquí, por qué la cultura interviene como un elemento fundamental en la organización de las medidas preventivas y curativas en la educación popular sanitaria.

En una sociedad tal como la de Nicaragua, es importante ser consciente del peso de las viejas representaciones culturales ligadas a formas sociales que no han desaparecido o que aún se han desarrollado en una situación de capitalismo inacabado (capitalismo dependiente) o en el seno de las difíciles condiciones de transición hacia una organización socialista. Los cambios culturales son, en efecto, dependientes, como tendremos la ocasión de demostrarlo en el curso de este estudio: los cambios

globales de la sociedad y las representaciones sobre la salud y la medicina, no hacen excepción.

La observación de las prácticas socializadas y de las creencias que la sostienen, en el campo de la salud y de su patología, nos enseña que hay en los grupos populares nicaragüenses una coexistencia de diferentes sistemas de representaciones y prácticas culturales: Creencias y prácticas heredadas de la época precolombina que continúan reproduciéndose en el seno de un sincretismo religioso producido por el colonialismo español. Por otro lado, el desarrollo de la medicina científica también ha influenciado los conocimientos del mundo popular, aun si las clases subalternas han quedado muy alejadas de la misma.

Para la planificación de la salud pública y para los prácticos que se enfrentan diariamente a una clientela rural o popular urbana, la cuestión es de saber en qué esta mezcla de conocimientos se opone, o por lo menos retarda, el desarrollo de una medicina tanto preventiva como curativa.

Para el sociólogo, la interrogación es doble. Por un lado busca comprender cómo se articulan estas diferentes secuencias en el seno de lo que podríamos llamar un

modelo cultural. Por otro, si tenemos en cuenta el hecho de que estos modelos y que las prácticas que ellos engendran constituyen elementos esenciales en la construcción de las relaciones sociales, debemos interrogarnos sobre la función social que cumplen estas representaciones culturales, particularmente en un momento de cambio social tal como el que conoce hoy la sociedad nicaragüense.

Responder a estas interrogaciones fue el objeto de la investigación llevada a cabo sobre el terreno, durante los meses de julio y agosto de 1985. Tenía tres partes principales: por una parte un estudio sobre las representaciones culturales, que es el objeto de este trabajo; después, un análisis de las prácticas que las mismas personas dicen realizar en el dominio de la salud, y, finalmente, un estudio sobre la imagen de los Centros de Salud y de su personal.

La hipótesis que le sirve de hilo conductor a esta investigación traspasa, sin embargo, los límites del campo de lo simbólico de la salud. Haciendo referencia a otros trabajos (1), pensamos que no podremos explicar la pluralidad de los sistemas de representaciones que conciernen a la salud, situarla en el seno del movimiento más general de estallido cultural que observamos actualmente en la sociedad entera. En efecto, cuando nos aproximamos, con una perspectiva crítica, al "discurso", en el sentido amplio del término, de las clases subalternas urbanas y rurales, constatamos, de golpe, que no existe uno, sino varios discursos que invaden el campo de la simbología social. Siguiendo cada uno diferentes ejes (2). La unidad cultural tradicional es sustituida por una pluralidad de modelos culturales, que se manifiestan incluso en el campo religioso propiamente dicho.

La unidad tradicional estaba fundada sobre -y se caracteriza por- un modelo de pensamiento mítico que integra constantemente los acontecimientos en una estructura para formar una vasta narración, siempre susceptible de modificarse, extenderse o reducirse, en los límites que le eran al menos impuestos por una religión instituida, donde la ortodoxia era garantía para

los agentes religiosos. Es decir, sin embargo, que los intereses de la institución religiosa la forzaban a transacciones, dando, de este modo, una gran flexibilidad de adaptación a la religiosidad popular.

La institución religiosa fue, entonces, "naturalmente" legitimada por las interpretaciones metafísicas de la realidad cósmica y social, mientras que, simultáneamente, ella avalaba la producción del pensamiento mítico. La interpretación de la salud en relación a la enfermedad, tanto como, por otro lado, de todo lo que se refiere al cuerpo, se inscribe como uno de los constituyentes de esa vasta "narración". Pero, interpretar es explicar, no necesariamente de una forma lógica de "causa a efecto", sino en una búsqueda constante del sentido de las cosas.

Es la razón por la cual, estudiaremos primero, en sus grandes rasgos cuáles eran las representaciones sobre la salud y el estado de enfermedad en la sociedad amerindia y en la sociedad colonial. Es cierto que las fuentes puramente nicaragüenses no son suficientes, pero la similitud de las culturas y de las estructuras sociales locales de los diversos grupos indígenas con la de otros grupos mejor conocidos nos permite hacer confianza a trabajos tales como los del Dr. Alejandro Dávila Bolaños (3).

I. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA SOCIEDAD NICARAGUENSE ANTES DE LA REVOLUCION SANDINISTA.

a. LAS SOCIEDADES AMERINDIAS.

En esta parte del trabajo, que nos introduce a la encuesta realizada, lo que nos interesa en primer lugar son las representaciones culturales sobre la salud y la enfermedad, pues estas nos permitirán constatar si algunas de ellas continúan reproduciéndose en la sociedad contemporánea. Será lo mismo en cuanto a los gestos curativos. Abordaremos, también brevemente, el problema del saber médico práctico y el de sus agentes.

Las representaciones sobre la salud y la enfermedad.

De la lectura de los textos relativos a la interpretación del universo surge una amplia narración mítica, que unifica todos los elementos del mundo físico y social, de los individuos y de los grupos. Se trata de un equilibrio global entre el Bien y el Mal, siempre aleatorio y constantemente quebrado, al cual debe aportarse una solución. Todo el universo de las representaciones es entonces estructurado alrededor de la religión, y las que se refieren a la salud o a la enfermedad forman parte integrante de este conjunto indivisible. Es lo que examinaremos más en detalle.

a) La enfermedad como la ruptura de la simbiosis entre lo divino y lo humano.

La salud consiste en un equilibrio armonioso de las facultades orgánicas, sensitivas e intelectuales, en un cuerpo único. Según el **Popol Vuh**, antigua crónica de origen maya, que refleja bien el modo de pensar predominante en el conjunto de los pueblos de la época, la salud es la expresión de una concordancia perfecta entre el individuo y las divinidades (teotes) (4).

La enfermedad es entonces el fruto de un desequilibrio, provocado por el hecho de que uno ha transgredido, de una manera u otra, las normas que presiden la armonía del universo y donde las divinidades son a la vez autores. La disconformidad de los dioses y la desgracia que provoca, se traducen por una ruptura del equilibrio en la salud de los individuos. Esta interpretación se encuentra también en los Aztecas, cuya influencia ha sido más neta sobre la Costa Pacífica de Nicaragua (5). Pero es interesante notar también que el mismo tipo de representaciones existe entre las poblaciones indígenas de Bolivia (6), lo que indica que se trata de un rasgo cultural fundamental.

No daremos detalles sobre el conjunto del mito que engloba, a la vez, el universo natural y las sociedades humanas. Existen diversas variantes según los lugares y las épocas, pero queda la misma lógica funda-

mental. Se trata de la explicación sobre el origen del universo y de la humanidad, de la representación del tiempo y del espacio, de la protección de la producción alimenticia, sobre todo el maíz y la integridad corporal, el todo integrado en un sistema perfectamente coherente. La manera de concebir la salud y la enfermedad y de situarse, por consiguiente frente a estos fenómenos, es inseparable del resto. Se trata de una forma de pensamiento, de un modelo cultural, en correspondencia con la experiencia colectiva de estos grupos humanos, experiencia única a la historia concreta de sus relaciones con el ambiente natural y condicionada por su forma social específica del control de la naturaleza.

Desde esta perspectiva abordaremos los dos puntos siguientes: la explicación del origen de las enfermedades y los gestos simbólicos de protección y de curación.

b) La explicación sobre los orígenes de la enfermedad.

Retomando el diálogo entre el franciscano Bobadilla y un jefe local de la región de Rivas, el Dr. Bolaños señala que la vida es considerada como la unión del cuerpo y del alma (tonaca-yulio), cuyo receptáculo es el "vaso del corazón" (volot), centro de la vida y de las emociones: la cabeza es el centro de las fuerzas mágicas (7). La enfermedad es un ataque a la vida, inscrita en la ruptura del orden. Si una falta ha sido cometida, es necesario tratar de repararla, lo que se logrará a través de diversos ritos o sacrificios.

En el interior de esta explicación, que se refiere al mito global, se inscriben una serie de consideraciones sobre los mecanismos particulares. Cinco vías principales son señaladas para la penetración de las enfermedades. Se trata del aire (hecat, el dios del viento), origen de los males y de los dolores súbitos, de las influencias exteriores, como el espíritu de las cosas inanimadas -un río, las piedras, un camino, un árbol-, pero también como una fuerza que emana de un muerto o aun de la mirada de ciertas personas capaces de causar enfermedades, entre otras la diarrea de

los niños. La pérdida del **tanal** (la fuerza vital o el yo interno), cuando éste, por razones diversas, abandona a una persona, por ejemplo durante el sueño o bajo el efecto de bebidas alcohólicas o de drogas, es otra de las razones de la pérdida de la salud. Una cuarta vía es la enfermedad del **nagual**, es decir el animal que todo ser viviente, hombre o dios, lleva y que es, de alguna manera su **alter ego**. Su enfermedad acarrea automáticamente la de la persona con la cual está identificado. Finalmente, una última vía, los maleficios que son enviados voluntariamente por personas malévolas; para este efecto se busca generalmente la mediación de brujos (8), pero todos estos son medios utilizados por los dioses para castigar, por su desobediencia, a los seres humanos.

A cada una de estas vías corresponden ciertos tipos de enfermedad e igualmente ciertos alardes específicos que se sitúan en el orden simbólico de rituales precisos, combinados, por otro lado, con la utilización de un gran número de plantas medicinales, de lo que hablaremos más adelante. De esta manera, por ejemplo, uno se protege del dios **hecat** llevando en el codo o en la cintura un talismán. Para evitar la influencia de los espíritus de los ríos o de las piedras, es necesario abstenerse de transportar un enfermo fuera de su casa. Las mujeres encinta por primera vez, deben evitar que las vean. Si se está enfermo no se debe asistir a un entierro. Para los niños víctimas de la "vista muy caliente" de ciertas personas, es necesario, eventualmente, cubrirle la cabeza o que la persona en cuestión lo abraza varias veces. El brujo, a través de un rito apropiado, puede hacer que el **tanal** vuelva a la persona que lo ha perdido.

Los dioses que envían las enfermedades son identificados y especificados. Son capaces también de devolver la salud, lo que permite comprender porqué el diagnóstico de la enfermedad, además de la identificación de los síntomas que la caracterizan, comprende también la de las fuerzas sobre-naturales que la provocan (9). Se trata, pues, de una representación que transforma el orden de la naturaleza en orden

de cultura, puesto que la relación al cuerpo, lo mismo que la situación de los seres humanos en su ambiente natural, son interpretados como un conjunto de relaciones intencionales entre personas de naturaleza divina o humana.

Las consecuencias sociales de la enfermedad son, evidentemente, duramente resentedas, pero su interpretación está también ligada al modo de existencia de las sociedades locales. Así, la fertilidad aparece como uno de los valores fundamentales de todos los grupos, valor unido evidentemente a su grado de vulnerabilidad. La esterilidad femenina es considerada como un mal mayor y es socialmente sancionada. Las mujeres, en este caso, realizan sacrificios de todo tipo para apaciguar la divinidad, pues el grupo social las culpabiliza; su estado es el fruto de una falta. La existencia de un número infinito de malas suertes, está destinado evidentemente a expresar o resolver simbólicamente los conflictos que existen en la micro-dimensión de las sociedades. En cuanto a la estructura de parentesco, indispensable no solamente para la reproducción biológica de los grupos sino también para su reproducción social, está garantizada por las representaciones que se refieren al dominio de la salud y de la enfermedad.

De esta manera, por ejemplo, las mujeres embarazadas guardan su estado en secreto, por miedo a que otra mujer, rival del amor del marido, pueda enviarle una mala suerte que impida el nacimiento del niño matándolo en su seno (10).

2. El saber práctico y los agentes sanitarios.

a) El saber práctico construido sobre la experiencia.

La interpretación mítica de lo real que precede la elaboración de representaciones referidas a la salud y la enfermedad está perfectamente engarzada con un saber práctico muy elaborado. No existe ninguna contradicción entre estos dos tipos de pensamiento, el primero unido al sentido del universo, el segundo unido a la observa-

ción, la atribución de un nombre a los objetos y su clasificación, lo que constituye la base de una experiencia que se va acumulando a través de las generaciones. Nada altera el modelo global de explicación. Este modelo se transforma en algunos de sus elementos en la medida en que se hace una experiencia nueva, por ejemplo, el paso del nomadismo al estado sedentario o la adopción de una manera nueva de producir los bienes necesarios para la supervivencia, pero permanece inalterable en cuanto a forma de pensamiento.

El nombre de las diferentes enfermedades es una primera prueba de la calidad de la observación. Las enfermedades son especificadas hasta en su más mínimo detalle (11). Sucede lo mismo con los remedios que, en un principio, constituían productos ordinarios de la alimentación cotidiana, como por ejemplo, el maíz, la miel, el cacao e incluso el agua (12). Pero con toda evidencia es en el plano de las plantas medicinales donde se realizaron los conocimientos más desarrollados. El conocimiento botánico estaba bastante avanzado en general y las plantas eran clasificadas entre los Aztecas, por ejemplo, según su morfología, su dimensión, su estructura, sus frutos, su utilización (13). El Dr. Bolaños cita en su obra 186 plantas, dando en cada ocasión el detalle de su utilización e incluso indica que no es exhaustivo (14). En consecuencia, existía una utilización intensiva de las hierbas medicinales unida a un saber práctico pre-científico, que estaba dominado por el pensamiento mítico, ya que la diosa tierra era divinidad de las hierbas medicinales (15).

b) Los agentes sanitarios.

Nos vamos a referir aquí únicamente a los agentes humanos, dejando de lado las divinidades que, siendo capaces de enviar las enfermedades como castigo, tenían también la capacidad de curar. No es nada raro por tanto, que la unión perfectamente lógica entre la explicación sagrada y el saber práctico se reproduzca igualmente en el plano de los agentes. En la mayor parte de los casos, estos agentes tienen también un carácter sagrado: sacerdote,

brujo, hechicero, y detectan un saber práctico, es decir, el conocimiento de las plantas medicinales. Sus prácticas se sitúan en la misma lógica.

Así, el brujo, que es también especialista de los maleficios (**hechicero**), realiza las ceremonias necesarias para la recuperación del tunal, cuando la fuerza de la vida se ha escapado de una persona. Es él también el que interviene en casos de impotencia sexual, y cuando se trata de un cacique, el fracaso significa la pena de muerte. Ellos son capaces también de sacar de los pacientes cuerpos extraños y ejercer el encantamiento por simpatía, por intermedio de una muñeca que se piensa representa la persona a la que se quiere enviar un maleficio. El sacerdote, por el contrario, parece intervenir cuando se encuentran en juego rituales de significación social. Esto se da, por ejemplo, en los sacrificios humanos de los enemigos, cuya piel servirá de protección frente a las fuerzas telúricas o intervendrá también fijando la fecha del final de la abstinencia alimenticia y sexual en el momento de la fiesta de las cosechas; toda falta de respeto a esta norma, ocasionará automáticamente enfermedades.

Hay diferentes tipos de **curanderos**. Hay aquellos que son considerados como grandes conocedores y que manejan con gran sabiduría los tratamientos a base de hierbas medicinales. Su saber generalmente es hereditario y requiere un largo aprendizaje. Hay otros que pueden ser confundidos con los **hechiceros** y que actúan sobre todo a través de la magia. Finalmente existen los falsos curanderos, que no tienen ningún saber, pero que, sin embargo, realizan prácticas curativas. Cada una de estas categorías poseen un nombre específico (16). En lo referente a las comadronas, parece que ellas disfrutaban de una sólida reputación que está basada en su considerable saber práctico. Se trata generalmente de mujeres que han superado la edad de la menopausia, de manera que ya no son susceptibles de ocasionar ningún peligro involuntario a los niños que ayudan a nacer.

He aquí pues un breve panorama de la

manera como existían la salud, las enfermedades, los remedios y los agentes especializados en las sociedades amerindias. Sólo nos queda analizar brevemente cómo esta problemática se ha planteado en las sociedades de la colonización española antes y después de la independencia de los países actuales.

La segunda secuencia constitutiva del modelo tradicional se construye en referencia a las relaciones de parentesco existentes en los pueblos sabemos que en varios casos, la familia presenta caracteres matrilineales. La madre y los hijos son el elemento estable; el marido (y el padre de los hijos) puede variar en el curso de la historia familiar. Cuáles sean las causas de esta forma organizativa, provoca en las pequeñas unidades de la vida social, contradicciones y conflictos que es necesario resolver.

El discurso interpretativo de la enfermedad puede cumplir esta función. Se trata del que se elabora alrededor de las enfermedades y de la mortalidad infantiles. La explicación es un maleficio -un hechizo- que la mujer soltera y embarazada por la primera vez, puede enviar a todos los niños de la vecindad, ignorándolo ella misma. Su cura depende, entonces, de la eliminación de la mala suerte por estas mismas mujeres.

La cura de la enfermedad cumple entonces una función social de regularización de los conflictos, ya sea de una manera directa, ya sea indirectamente por el control social que ejercen las creencias que a ella están asociadas. En todo caso, es indispensable para la reproducción de las relaciones sociales. En este sentido podemos hablar, como la hace M. Godelier, de la parte de lo ideal en la construcción de la realidad social.

Notaremos, sin embargo, que esta realidad no es cualquiera. Este discurso de tipo tradicional producido por un pensamiento mítico, se construye en referencia a una sociedad lineal, en la cual las relaciones de parentesco constituyen el principio organizador. Es necesario entonces interrogar-

nos no sólo sobre el origen de tal fenómeno, sino también sobre su permanencia.

B. LA SOCIEDAD COLONIAL.

La sociedad española ha significado a nivel de la macroestructura, una ruptura del poder político y una segmentación de las poblaciones locales, además del hecho de que fueron diezmadas por las enfermedades nuevas llevadas por los europeos, contra las cuales no estaban inmunizadas, y por el trabajo forzado al que fueron sometidas. Sobre el plano de la organización de la producción, no existió cambio alguno, pues, aunque los españoles llegaron con una superioridad militar que les permitió la conquista, no aportaron mayores transformaciones a nivel de las fuerzas productivas. Hubo en este campo una cierta continuidad, fenómeno acentuado, por otro lado, por la ruptura a nivel de la organización general de las sociedades y por la reducción de los grupos indígenas en las comunidades locales.

La dominación cultural se manifiesta por la marginalización de las expresiones y de los roles indígenas. No se transforma para nada la forma del pensamiento porque no ha habido ningún cambio endógeno de la organización social del control de la naturaleza, ni efectos indirectos de una transformación de los contenidos antiguos, sin que los significados hayan sido verdaderamente transformados.

El catolicismo, que era la religión del nuevo poder, operaba a la vez como justificación de la empresa colonial y como portador de las normas éticas de su realización, lo que explica el rol de ciertos agentes religiosos en la protesta contra el genocidio de los indígenas. La nueva religión ejerce así un cierto rol en la regulación de la relación entre los dos grupos, no solamente sobre el plano ético, sino también por intermedio de ciertos ritos de significación religiosa (el padrinado) y por el hecho mismo de que la institución del episcopado o del sacerdocio estaba reser-

vada a los blancos y más tarde también a los mestizos.

1. La medicina colonial.

Antes de abordar el problema de las nuevas representaciones, es bueno recordar cuál fue el aporte de los españoles sobre el plan medical. A nivel del saber práctico, la salud era considerada como el fruto de un equilibrio entre cuatro elementos: la bilis amarilla, la bilis negra, la sangre y los humores. Estos se combinan con cuatro modalidades en el cuerpo humano; el calor, el frío, la humedad y la sequedad. La enfermedad es el resultado de la pérdida de la armonía entre estos elementos, y la salud no puede ser otra cosa que el restablecimiento del equilibrio. Donde la aplicación de medicamentos que tiene cualidades opuestas a estos elementos y que eran aplicados a los pacientes en relación con las estaciones, también éstas asociadas con estos elementos y en función de la naturaleza del enfermo, ya sea sanguíneo, (que domina la sangre), flemático (los humores), melancólico (la bilis negra), o colérico (la bilis amarilla) (17). Como se puede constatar, el desarrollo del saber medical europeo medieval estaba también basado sobre la experiencia y no había pasado todavía el umbral de la experimentación. Esto dejará un largo espacio a las explicaciones religiosas que examinaremos más adelante.

La organización de la medicina tomó un nuevo rumbo. Fueron construidos hospitales, pero únicamente en algunas ciudades y eran reservados a los españoles y a los mestizos. Fue creado un consejo para regular el ejercicio de la medicina; se dirigía en principio a los médicos indígenas y a las parteras. Los roles tradicionales se encontraron desvalorizados, impotentes frente a las enfermedades nuevas introducidas por la colonización.

2. Las representaciones y prácticas nuevas.

La interpretación religiosa del universo aportada por la colonización estaba inspirada en el cristianismo y como en toda

sociedad pre-capitalista, se inscribía en el cuadro de un pensamiento mítico, combinando las creencias tradicionales y la auto-producción cultural. El ciclo agrario que se expresaba en el calendario solar fue puntuado por el santoral; las fiestas de los santos correspondieron a las grandes épocas de los trabajos agrícolas. Cada entidad social poseía su santo patrón, protector del grupo a mismo título que la antigua divinidad tutelar. Pero los nuevos sagrados eran considerados como netamente superiores a los antiguos, siendo estos últimos relegados a menudo, al mundo inferior (por ejemplo los volcanes). No haremos una descripción completa de este sistema de explicaciones, puesto esto nos llevaría muy lejos. Nos apoyaremos, sobre todo, en los trabajos de Milagros Palma, para retener lo que se refiere a la salud y a la enfermedad (18).

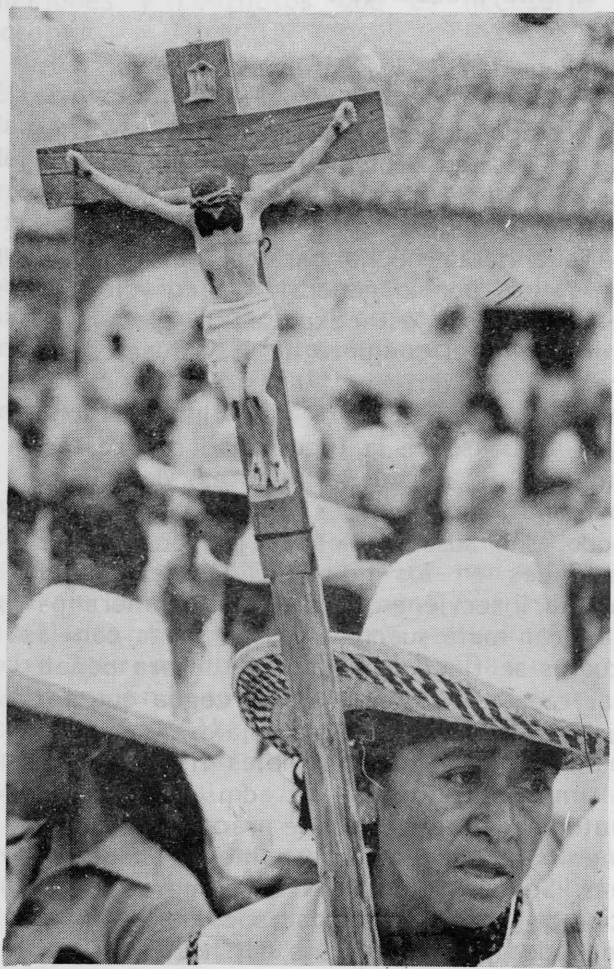
a) El origen de las enfermedades.

El estado de enfermedad es el resultado de un castigo debido a un pecado. A veces es el santo que se venga, cuando, por ejemplo, alguien no ha cumplido la promesa que había hecho para la obtención de un favor, por lo general una curación. En el interior de esta explicación global, encontramos el conjunto de las causas particulares que dirigen la aparición de ciertas enfermedades. Existe la influencia lunar que actúa sobre la fecundidad o la esterilidad. Las **miradas calientes** de ciertas personas, las mujeres embarazadas sobre todo, son susceptibles de provocar enfermedades en los niños. La brujería y la magia intervienen también; la primera para tirar mala suerte a las personas con las cuales se tiene un conflicto o para penalizar ciertas desviaciones (la **cegua** que persigue a los desplazados sociales), la segunda para conjurar ciertos males físicos. Estas últimas actividades, no admitidas por las autoridades religiosas, se practican generalmente de manera más o menos clandestinas. Se constata entonces el carácter social de estas representaciones de las enfermedades porque además del hecho de buscar una explicación de la enfermedad y entonces poder aplicar un tratamiento adecuado, se trata de hacer respetar las

normas de la comunidad indispensables a la reproducción social del grupo.

b) Los gestos rituales.

Los nuevos gestos rituales han ganado el paso a los antiguos. Se trata, por ejemplo, de la utilización del agua bendita, de las velas, de las palmas, del crucifijo, del signo de la cruz, del cordón de San Francisco. El bautismo significa la protección de los niños contra los peligros de una muerte prematura. Para guardar o recuperar la salud se ora a los santos, ya sea al patrón de la comunidad, ya sea al santo designado para curar una enfermedad precisa. El poder de los santos no proviene de ellos mismos; no son más que mediadores; proviene de Dios llamado a menudo **papachú** (papa Jesús).



La Promesa;

es utilizada para una cura o una buena producción agrícola.

Es al santo que se debe hacer la promesa para obtener una buena protección de la producción agrícola y en la salud o la cura de una enfermedad. La promesa es individual, pero ella se cumple en un acto social. En efecto el contenido, de la promesa concierne generalmente la fiesta patronal durante la cual el santo es venerado públicamente. Se trata de ofrecer una comida colectiva, o participar en los gastos de una danza (el **guguense** o la **india bonita**, por ejemplo) o aun pagar a los músicos. La fiesta es un acto colectivo que reproduce simbólicamente al grupo como entidad social. El santo es como el totem del grupo, con el cual éste último se identifica. Pero la fiesta es también indirectamente, en la sociedad pre-capitalista de clase, una manera de reproducir las relaciones sociales de la macro-dimensión. En efecto, los notables o los ricos de la comunidad son los que cumplen los roles de organizadores. De esta manera, realizan una redistribución parcial de la riqueza y se hacen perdonar su estado, puesto que la acumulación de bienes que ellos han realizado se atribuye a un pacto con el diablo.

Los gestos rituales, en relación con la salud, se inscriben entonces directamente como elemento constitutivo de la reproducción social. Es necesario notar que con la introducción de las nuevas formas económicas de la ideología liberal en los medios urbanos, las promesas revisten un carácter más individual, e igualmente en su cumplimiento. En cuanto a los gestos mágicos, continúan existiendo. Así, en ciertas regiones, se aconseja a las mujeres que miren al sol poniente cuando absorben un contraceptivo; esta posición del astro se asocia generalmente (ya en las sociedades amerindias) con la fertilidad femenina.

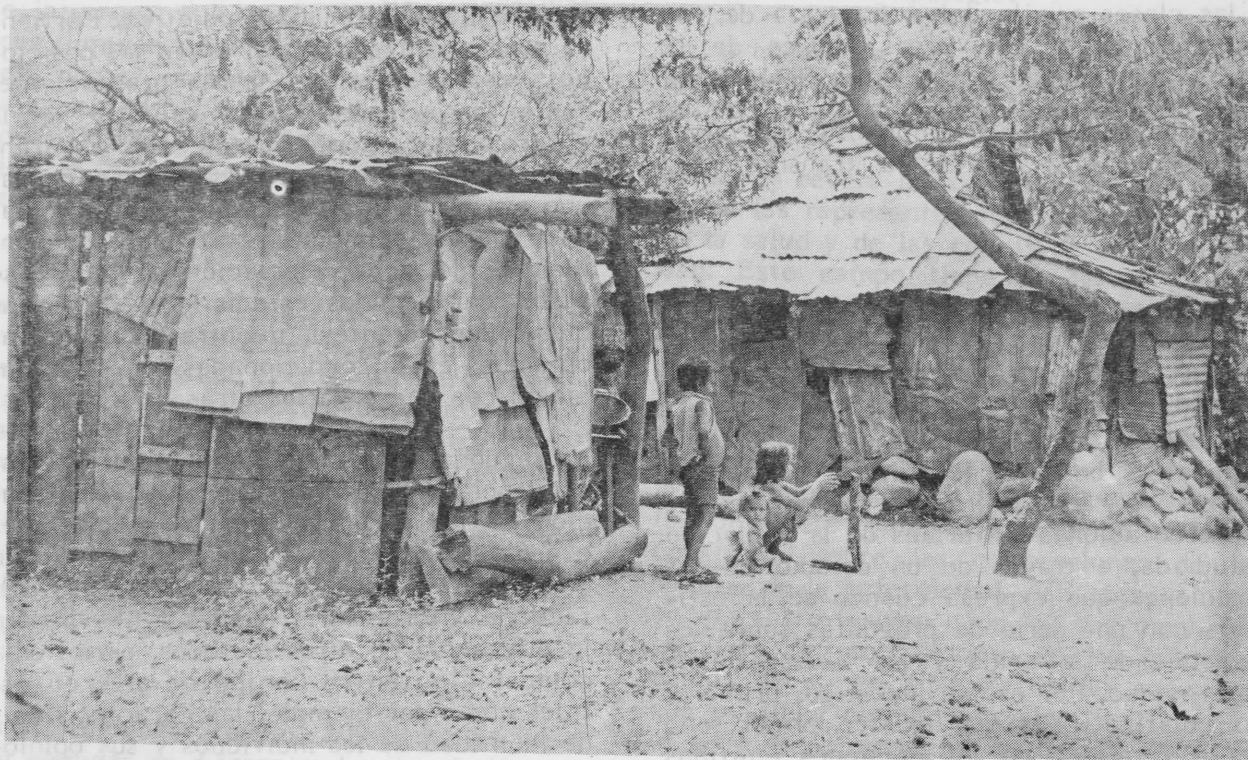
c. LAS TRANSFORMACIONES APORTADAS POR LA INTRODUCCION DE UNA ECONOMIA CAPITALISTA.

A partir de la mitad del último siglo se introducen en Nicaragua nuevas formas de producción económica que se distinguen de la ganadería tradicional. Las plantaciones de café transforman una parte de las

relaciones sociales en las regiones rurales, y el liberalismo caracteriza al espíritu urbano, sobre todo en León y su región. Esto tiene un efecto muy preciso sobre la organización de la salud. La medicina que se desarrolla en ésta época se inspira en un método científico y los medicamentos que se imponen son de tipo químico. Ambos se inscriben, sin embargo, en la lógica que predomina en este tipo de sociedad, es decir, la de la mercancía. La medicina es privada, por lo tanto onerosa. Los medicamentos son producidos por firmas extranjeras, generalmente americanas. Esto significa que el nuevo desarrollo medical es prácticamente inaccesible a las clases subalternas. Sólo algunas iniciativas privadas se dirigen a los que no tienen medios, entre ellas las iglesias cristianas, que han jugado un rol apreciable, pero insuficiente en relación a las necesidades. Al fin del período somocista, bajo la presión de los movimientos populares, comienza la organización pública de la salud.

No nos debe sorprender las cifras dadas por la OIT (Organización Internacional del Trabajo), en 1969. En esa época, el consumo alimenticio de la población era de 1843 calorías en la ciudad y 1623 en el campo. Se estimaba que el 15% de la población sufría de enfermedades endémicas. La mitad de los decesos estaba constituida por niños de menos de 14 años. Los que quedaban con vida tenían una posibilidad sobre dos de acceder a los cuidados médicos en el curso de su existencia. La mortalidad infantil era de 130 por mil, o sea la tasa más elevada de América Latina (19). La proporción de niños menores de cinco años que sufrían de malnutrición alcanzaba al 80%. El número de médicos era de 1,400 o sea cinco médicos cada 10,000 habitantes, proporción que debemos confrontar con el hecho de que 514 eran exclusivamente privados, inaccesibles para la mayoría de la población (20).

Es fácil comprender porqué las represen-



El descuido de la salud, en la época somocista, abarcaba niveles sorprendentes, lo mismo sucede con los niveles de la pobreza.

taciones tradicionales y las prácticas ancestrales continuaron reproduciéndose. Contribuían a mantener también un sistema socio-económico que no debía incluir al conjunto de la mano de obra en los lazos económicos de producción.

Esta primera parte del trabajo, que ha servido de introducción a la encuesta realizada, ha permitido constatar que la salud ocupa un lugar central en la vida social de la población. Pero en las sociedades amerindias, como en la sociedad colonial y hasta la revolución sandinista, constatamos que el universo de las representaciones culturales, que es el de la mayoría de la población, recubre, de manera global, al conjunto de la vida colectiva. Proteger la salud y curar la enfermedad, no es un acto aislado, de valor puramente medical. Es participar en la reproducción de los grupos locales y de los conjuntos sociales más vastos y no solamente en la reproducción biológica. Con la introducción de la medicina científica, se asiste a un cambio, pero esto es casi exclusivamente reservado a las clases privilegiadas. Se trata de ver actualmente lo que pasa después de la revolución, cuando los servicios de la salud han sido extendidos al conjunto de la población y se hacen campañas de educación popular destinadas a transmitir un nuevo saber (21).

II. ANALISIS DEL "DISCURSO INDUCIDO" SOBRE EL ORIGEN DEL ESTADO DE SALUD Y SOBRE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.

El análisis buscaba determinar la manera en que se estructura el campo de las representaciones culturales de la población estudiada, a través de un estudio de las posiciones que expresa cuando se la estimula con una serie de preguntas sobre los orígenes de la salud y las causas de la enfermedad. Por eso se investigó, primero, las polarizaciones que existen en el seno de la totalidad de las opiniones emitidas sobre estas preguntas, para estudiar, en seguida, las asociaciones privilegiadas que existen entre las posiciones de diversas categorías de personas.

La presencia de polarizaciones de opiniones en el seno de la cultura de grupos sociales, se explica por el hecho de que existen, en toda sociedad, lógica que articulan entre ellas diferentes maneras de pensar. En el seno de una cultura, se puede observar una fuerte probabilidad de que de una opinión se deriva a otra para formar conjuntos coherentes, portadores de sentido. Estos conjuntos articulados constituyen los "tipos ideales" de los que habla Max Weber, pero que nosotros denominaremos aquí por el concepto de "modelos culturales". Es decir, que es muy raro encontrarlos en el estado puro, a nivel de los individuos. Cuando se trate de analizar las opiniones de las personas no haremos más que confrontarlas con estos modelos surgidos de la misma encuesta, de manera que podamos determinar las tendencias de los individuos reagrupados en categorías.

Para hacerlo, la información dada por las personas interrogadas fue sometido al análisis factorial de las correspondencias. Esta técnica ofrece, en efecto, varias ventajas en relación a nuestro objetivo. Partiendo del conjunto de datos, -aquí, las posiciones expresadas frente a las proposiciones sobre los orígenes de la salud y de la enfermedad-, opera una selección separando el conjunto de datos estudiado entre las que son autónomas y las que están asociadas. Ciertas opiniones se afirman independientes de toda asociación a otras (se trata, en términos estadísticos, de variables independientes), mientras que algunas opiniones están condicionadas por su articulación con una o varias otras.

La segunda ventaja del análisis por correspondencia es poder representar la distribución de las variables (aquí, las posiciones expresadas frente a cada proposición con una forma lineal (un vector factorial), fácil de interpretar. Además, y es lo que lo diferencia de otros métodos, permite la comparación entre conjuntos diferentes, tales como por ejemplo, las características de identidad de los individuos y sus opiniones.

La población estudiada.

La misma exigencia de tener que definir

modelos culturales diferenciados en función del nivel del desarrollo de un pensamiento, marcado por una racionalidad orientada hacia finalidades o, al contrario, por un pensamiento místico, ha dominado la construcción de la muestra de las personas a interrogar. La población estudiada se diversifica en función de un criterio que articula dos oposiciones: la de "ciudad-campo" y la de "asalariados- no asalariados". A estas cuatro categorías de personas, le fue sumado un grupo testigo, constituido por miembros permanentes de los CDS (Comités de Defensa Sandinista) urbanos. Una de sus funciones es, en efecto, provocar el interés de la población por las iniciativas gubernamentales, como por ejemplo, los "Centro de Salud" o las campañas de higiene pública. Podemos pensar que ellos están, más que los otros, en contacto con el nuevo modo de pensar que se expande.

La selección de las personas por entrevistar se ha realizado de la siguiente forma. Se interroga a los jefes de familia, hombres o mujeres, es decir a los responsables del "hogar", aunque no tengan relaciones de parentesco con todos los miembros del hogar. Hemos optado, además, por la elección de 200 personas en el medio rural y otro tanto en el medio urbano.

En las regiones rurales, una mitad de los entrevistados son obreros agrícolas de la empresa del Estado "Pekin Guerrero", especializada en la producción de café y bananas. La otra mitad de la muestra comprende a trabajadores de cooperativas de producción de cultivos alimenticios (maíz, sorgo, papas y frijoles), en la región de Masaya (75 personas). Los otros (25 personas) son miembros de cooperativas de la región de Chinandega.

En las regiones urbanas, 100 personas fueron elegidas en diferentes barrios de Managua y otras 100 en Ciudad Sandino, ciudad satélite de Managua, en una región más industrializada. Las características de la muestra se pueden apreciar en el cuadro 1.

Partiendo de esta última, comparamos, en un primer tiempo, los perfiles medios de las diferentes categorías de personas sobre las cuales trata el estudio. Localizamos así, en el campo cultural, el perfil medio de los obreros agrícolas, de los cooperativistas, de los comerciantes, de los jóvenes, etc., para comparar enseguida sus posiciones respectivas.

El tercer paso consiste en poner en correspondencia los perfiles individuales, es decir, la lógica que revela el encadenamiento de las opiniones expresadas por cada una de las personas interrogadas, con las corrientes de opinión que existen en el campo cultural. Podemos establecer así, una tipología de los entrevistados, fundada sobre un criterio complejo: la similitud que existe entre los perfiles culturales individuales. Las variables de identidad ilustran el cuadro, precisando los caracteres sociales, económicos o demográficos de las personas pertenecientes a cada categoría de la tipología.

En el cuadro de esta encuesta, este análisis de los datos, en tres tiempos, pone en evidencia dos factores principales. Su representación gráfica sobre los ejes perpendiculares revela la configuración del campo de las representaciones de los orígenes de la salud y de las causas de la enfermedad. Este campo tiene la forma de un triángulo cuyo vértice está orientado hacia lo alto (ver gráfica I).

La base del triángulo está constituida por el primer eje factorial, el que condensa según el método utilizado, el máximo de información. Se trata de lo que podríamos llamar el eje principal del campo cultural construido sobre las concepciones de la salud y de la enfermedad. Allí observamos, en el centro (origen o de los dos ejes), un conjunto de proposiciones de las que podemos decir, en función de su posición, que no tiene distinciones significativas en el seno de la población estudiada. Son las proposiciones independientes de que hablabamos anteriormente. Se trata de las proposiciones siguientes:

LAS REPRESENTACIONES DE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD.

4V67

4V62

4V16

9V98

9C4

3V977C0

3V28

6C3

3V14

3V35

3V20

3V30

IGNORANCIA DE LA TRADICIÓN RELIGIOSA

3V21

3V90

6V90

16C1

3V2

3V19

3V16

3V89

9C1

3V8

7C4

4C4

3V99

10C12V12

3V82

4V9

2V9

5C3

7C1

TRADICION

6V22V14

4C1

4C3

4V14

6C0

2V71

4V2

4C0

2V21

11C1

6C1

2V29

1C4

8C1

2V97

2V164V99

2V98

2V99

2V3

2V2

2V18

2V19

12C1

CONSENSO

13C1

13C1

3V12

3V67

3V16

3V31

3V3

3V17

3V9

8V9

MODERNIDAD

1V8

5V98

2V2

1C0

2C1

1V90

2C4

1V28

1V673V2

1V201V361V351V35

1C1

2V98

2V10

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

3V1

**Características sociales y culturales de las categorías de representaciones
de las causas de las enfermedades (% de las categorías)**

Características	% en el total (100%)	Moderna (41.8%)	Tradicional (30.9%)	Tradicional + conoci- miento prác- tico (11.6%)	Ignoran- cia (10.1%)
1) Características Sociales					
Población rural					
Obreros agrícolas	17.7	12.8	60.0	12.9	7.1
Campesinos parcel.	7.8	3.0	12.3	8.7	12.5
Cooperativistas	17.0	12.7	24.6	23.9	10.0
Población urbana					
Obreros	6.3	6.1	4.9	6.5	7.5
Comerciantes	4.3	7.3	0.8	4.3	5.0
Empleados	5.8	6.1	1.6	2.2	17.5
Profesionales	5.3	10.3	0.8	0	7.5
2) Características culturales					
Educación					
Sin educ. formal	15.9	9.7	24.6	15.2	20.0
Alfabetizados	11.9	4.2	23.0	13.0	12.5
Primaria incomp.	26.1	22.4	33.6	37.0	12.5
Primaria	18.7	22.4	9.8	21.7	25.0
Secundaria incomp.	4.8	23.2	4.0	0	7.5
Secundaria	14.2	23.6	2.5	13.0	12.5
Superior	8.4	14.5	3.3	0	10.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Religión					
Católica	70.5	67.3	76.2	76.1	75
Protestante	1.8	1.8	3.3	0	0
Sectas	9.1	9.7	8.2	15.2	5.0
Sin religión	12.7	16.4	9.8	4.3	12.5
No indicado	5.9	4.8	2.5	8.4	7.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1. Las estructuras del campo cultural relativo a la salud y a las enfermedades.

El análisis se hace sobre dos conjuntos de datos: las proposiciones relativas al origen de la enfermedad y las variables de identidad. La primera serie de variables constituye la batería de indicadores revelados del contenido del modelo cultural. (ver cuadro 3 con anexo). Su análisis permite la definición de los diferentes perfiles que los modelos pueden tomar en el seno del grupo que estudiamos, es decir los grupos populares en el sentido de clases subalternas.

Los insectos pueden transmitir enfermedades.

Ciertas enfermedades son provocadas por los microbios.

La suciedad del barrio pone la salud de todos en peligro.

Si una familia no usa letrinas, puede contaminar todo el ambiente.

Podemos enfermarnos con frecuencia al comer alimentos averiados.

Las enfermedades cardíacas pueden ser consecuencia de una alimentación muy rica.

El alcohol mata tanta gente como las enfermedades.

El consumo del alcohol por una pareja puede influir sobre la salud de los futuros hijos.

Ciertas enfermedades son consecuencia del envejecimiento de los órganos.

Si consideramos esta serie de proposiciones como la expresión de un "saber práctico", podemos decir que la casi totalidad de las personas interrogadas poseen este nivel de conocimientos. El carácter de

independencia de estas proposiciones, que revela en análisis factorial, muestra que este saber se desarrolla de una manera autónoma, es decir, independientemente de un contenido cognocitivo que podría haber existido anteriormente en la mente de los actores sociales.

Por el contrario, la polarización de opiniones, que se manifiesta en cada extremidad del eje factorial, indica que el campo cultural está atravesado por una oposición entre la aceptación y el rechazo de las creencias tradicionales. Las modalidades concretas de esta oposición aparecen claramente a la izquierda y a la derecha del eje.

En otros términos, esto significa que los dos modelos culturales que aparecen aquí se diversifican en función de la aceptación o del rechazo de las creencias tradicionales. El nuevo saber, el que atribuye a la enfermedad causas más objetivas, puede asociarse con el polo de la tradición como con el de la modernidad. Esta constatación significa que la adquisición de un saber práctico no es suficiente para ver derrumbarse todo el edificio mítico construido desde hace siglos para superar la contradicción "salud-enfermedad". Utilizamos aquí los conceptos tradición y modernidad en un sentido concreto, es decir lo que era prevalente en la sociedad nicaragüense precapitalista, por una parte, y lo que prevalecen en la sociedad actual, por otra.

Este aporte del análisis de los datos refuerza una observación que habíamos podido hacer durante las entrevistas: la integración en el mito tradicional, de conocimientos de tipo científico adquiridos superficialmente. Así, por ejemplo, la creencia del "mal de ojo" se complica. El maleficio es el fruto de la atracción de los microbios y su inyección en el organismo por el "ojo" de la mujer.

Por otro lado, el rechazo de las creencias tradicionales va unido al dominio de un saber práctico. No podemos decir, sin embargo, teniendo en cuenta la observación hecha más arriba, que la adquisición de estos conocimientos ha sido, en todos los casos, el origen del abandono de las

Cuadro 2.

Proposiciones constitutivas de los polos del factor "tradición versus modernidad".

	1er. polo (tradición)	2do. polo (modernidad)
- Ciertas enfermedades son el resultado de un maleficio (hechizo) dado por una mujer envidiosa.	A3 (')	D2
- Las mujeres embarazadas pueden enviar enfermedades a los niños, mirándolos con malos ojos.	A3	D2
- Es mejor no organizar una fiesta de bautismo porque el niño podría recibir un maleficio (hechizo) de parte de alguna persona presente.	A4	D1+
- Los espíritus de los muertos pueden causar enfermedades.	A4	D2
- Las enfermedades incurables son un castigo de Dios.	A3	D1+
- Las enfermedades son el resultado del pecado.	A4	D2
- El pecado de una persona puede provocar un castigo colectivo.	A4	D2
- La salud es un privilegio de los ricos.	A2	D1+
- Nuestra familia se enferma porque somos pobres y desnutridos.	A1+	D1+

(') Las letras A y D indican una posición de acuerdo o de desacuerdo con la proposición. Las cifras que siguen a las letras A o D expresan el grado de participación de la proposición en la construcción del factor. Es necesario comprenderlas teniendo en cuenta que el nivel 1 corresponde a la media de participación, 2 a dos veces la media y, así sucesivamente. El + indica un nivel de participación superior a la media pero que no alcanza al doble de ésta.

creencias tradicionales en la materia. Será necesario entonces, investigar dónde se sitúan las condiciones necesarias y, suficientes para que estas creencias se transformen en la cultura de una población particular. Aparentemente, las campañas de alfabetización no alcanzan para llegar al nivel de lo suficiente, aunque su necesidad es obvia.

Volvamos a la gráfica I. El análisis interno de la composición de cada polo muestra que el polo "tradicional" constituye un conjunto sólido que se estructura en dos subgrupos de variables.

El primero de ellos agrupa las proposiciones relativas al pecado y al castigo, así como las que tratan de los ricos y de los pobres. Si miramos detenidamente constatamos que forman un conjunto fundado sobre una serie de oposiciones. Se trata de:

salud vs. enfermedad
bien vs. mal
individual vs. colectivo
rico vs. pobre

Esta secuencia de lo que podríamos llamar el "componente ético" del modelo cultural tradicional, asocia, en efecto, el origen de un mal natural (la enfermedad) a un mal moral (el pecado). De esta manera, atribuye a los desórdenes humanos los desórdenes de la naturaleza. Esta construcción preserva la creencia fundamental en un Dios bueno dispensador de todo bien, incluso la salud. Por otro lado, no altera en nada la creencia en un Dios justo que debe castigar las faltas. Más aún, permite resolver la contradicción que existe entre una causa individual (el pecado de una persona) y el carácter colectivo de ciertas enfermedades, aceptando la idea que la falta de un hombre pueda tener efectos sobre todo.

Notaremos que en esta secuencia interviene la oposición "rico vs pobre". El rico tiene la salud, el pobre no. Es decir que el primero escapa a la dicotomía pecado/castigo. Ahora bien, investigaciones antropológicas han revelado la explicación dada a

la desigualdad en la distribución de los bienes, por el hecho de que el rico habría hecho un pacto con el demonio. La salud podría ser también uno de los componentes del pacto.

Sobre el origen, es necesario remontarnos al período precolombino de la historia de Nicaragua, en el cual los pueblos rurales, integrados en una monarquía tributaria, gozaban de una gran autonomía económica y aun política. Es lo que explica su carácter autárquico, por una parte, y la permanencia de las relaciones de parentesco en estas unidades de vida social, por otra. Pero explica también la segmentación de la sociedad en unidades de vida social de estructuras semejantes.

Siguiendo en la historia, la colonización española destruye el equilibrio demográfico, por la transferencia de la población masculina a las minas y a las plantaciones del Caribe o del Perú y por el meztizaje de la población nicargüense. La consecuencia fue el desarrollo de un matriarcado como estructura clave de las relaciones de parentesco en la entidades pueblerinas.

La imposición de un capitalismo rural dependiente y su necesidad de mano de obra agrícola temporal, refuerza a partir del último siglo, esta estructura matriarcal y desemboca en la situación social que conocemos actualmente en los pequeños pueblos. Como no intervienen otros factores perturbadores en el campo social y cultural, la permanencia de relaciones sociales tradicionales tiene por consecuencia la supervivencia de las creencias y prácticas secularmente establecidas.

En la oposición al modelo cultural tradicional, el que hemos llamado "modelo cultural de la modernidad" expresa el rechazo a la totalidad de estas creencias abarcando también la asociación del estado de salud, a la riqueza y de la enfermedad, a la pobreza.

¿Significa que las personas que manifiestan este modelo de representaciones están integradas en otra forma de organización social?. Este hecho podría explicar, en

efecto, la caducidad de las funciones sociales de ciertas creencias. Es importante entonces estudiar más detenidamente quiénes son las personas que vehiculan estos dos modelos.

Pero, antes, analizaremos el tercer modelo, constituido por el conjunto de las posiciones agrupadas en el vértice del triángulo que representa el campo de lo simbólico de la salud y de la enfermedad (la parte superior del 2do. eje factorial).

Este reagrupamiento da lugar a tres observaciones. Por una parte, encontramos los temas que constituyen los dos polos del eje "tradición-vs-modernidad". Las opiniones expresan, sin embargo, la ignorancia (las posiciones "no lo sé" del cuestionario). Se articulan a una serie de "no-respuestas" a estas mismas proposiciones. Las "no-respuestas" han sido contabilizadas en este análisis porque ellas pueden tener sentido. Observamos, en efecto, que ellas constituyen un conjunto coherente. Existe aquí una lógica de las "no respuestas" y de los "no lo sé", que hace que no podamos atribuirla al azar.

La segunda nota se refiere al hecho de que el segundo eje factorial, uno de cuyos polos constituye este modelo, incluye también en el origen -(el punto o de la gráfica)- las proposiciones relativas a los conocimientos de tipo científico sobre la salud y sobre la enfermedad. Esta observación reafirma la idea de la autonomía del "saber práctico" en relación a los conocimientos tradicionales. En otros términos, esto significa que este saber no constituye un cuerpo que estaría opuesto a las antiguas creencias. Puede estar asociado tanto a su aceptación como a su rechazo. Constituye entonces un bogage cerrado sobre sí mismo, que en el caso de la población estudiada es compartido por todos.

La tercera nota, trata finalmente, sobre las "no-respuestas". Aparecen aquí asociadas entre ellas, en la cima del triángulo. Es decir que se organizan según una lógica que se integra en el modelo constituido por las opiniones que expresan la ignorancia frente a la tradición. Podemos pensar

que, en el cuadro de esta encuesta, las "no-respuestas" tienen como significación el "no-saber".

Al final de esta primera parte del análisis, podemos concluir que en lo que respecta a las representaciones del estado de salud o de la enfermedad, el campo cultural de las clases subalternas se polariza alrededor de tres modelos o "tipos ideales". Cada uno de ellos se construye partiendo de un saber práctico que constituye el cuerpo común. Este se asocia con la aceptación de las creencias tradicionales, con su rechazo o también con una manifestación de ignorancia hacia él mismo.

Esta constatación nos lleva fuertemente hacia una reflexión sobre el papel de la cultura en los procesos de transición e, inversamente, sobre la incidencia de las transformaciones de otros campos sobre la cultura. Esta reflexión será integrada en la elaboración teórica que seguirá al análisis.

2. LOS MODELOS CULTURALES DE LOS DIFERENTES GRUPOS REPRESENTADOS EN LA ENCUESTA.

El campo de representaciones del origen de la salud y de la enfermedad se estructura en función de tres modelos culturales que constituyen los tipos ideales. Es interesante, a este respecto, saber cómo se sitúan los diferentes grupos sociales en relación a esos modelos. Se trata de determinar la posición del perfil de cada uno de ellos en el campo cultural.

Con este fin, estudiaremos los "parentescos" revelados por el análisis de las correspondencias. En otros términos, buscaremos saber si existen afinidades entre tales o cuales categorías de personas y los modelos culturales que hemos detectado.

El perfil de los diferentes grupos sociales, y también el de las categorías demográficas, económicas y culturales en las cuales se clasifican los entrevistados, (se trata del sexo, de la edad, del estado civil, de la profesión, del nivel educativo, etc.)

-pueden ser considerados como la "media" cultural de cada una de estas categorías. Llevado sobre la gráfica que representa el campo cultural de lo simbólico de la salud y de la enfermedad, este perfil está representado allí por un punto cuya posición depende de su relación con los dos factores.

¿Cómo se sitúan estos perfiles en el triángulo que señala la representación gráfica del campo cultural? Observemos primeramente los polos de la base del triángulo, es decir del eje factorial "Tradición-vs--Modernidad". A la derecha, se superpone sobre el modelo tradicional los perfiles de los grupos sociales del mundo rural. Vemos primero el de los obreros agrícolas, y a continuación el de los miembros de las cooperativas rurales. Estos dos grupos tienen tendencia a pensar en la línea de la tradición. Próximo de estos perfiles encontramos también el de la categoría de los alfabetizados en la campaña de alfabetización, pero también el de los miembros de asociaciones profesionales, la UNAG y la ATC.

En el lado opuesto, los perfiles en correspondencia con el polo de la modernidad son aquellos de las categorías culturales y políticas. Observamos, en efecto, que en esta zona de la gráfica se sitúan el perfil de los que terminaron los estudios secundarios y superiores y el de los "responsables de los CDS".

Desde el punto de vista profesional, el perfil de las categorías que agrupan a los empleados, los profesores, los comerciantes, y en una menor medida el de los obreros se aproximan a este modelo, pero sin oponerse totalmente a las creencias tradicionales. Su posición respectiva sobre la gráfica se sitúa, en efecto, entre el polo de la modernidad y el origen de los ejes. Podemos concluir que cada uno de estos grupos reúne a la vez personas culturalmente tradicionales y otras que por el contrario, rechazan la tradición.

Ninguna categoría de personas se aproxima al tercer modelo cultural, el que se define por la ignorancia y por las "no-respuestas".

Se trata entonces de un modelo compartido por individuos aislados, que pertenecen a distintos grupos o categorías. De manera general, aparece, en lo que respecta a la explicación sobre las causas de las enfermedades o del estado de salud, una separación relativamente clara entre los perfiles de los grupos sociales urbanos. Además, se observa también otra separación entre los perfiles de las categorías de los que han seguido la enseñanza secundaria o superior y los alfabetizados. Como probablemente los primeros se encuentran sobre todo en las ciudades, es la oposición urbano/rural la que es necesario asociar a la de tradición/modernidad en las clases subalternas.

Por otro lado, observamos poca correspondencia entre los modelos culturales y el perfil de las categorías demográficas, tales como la edad o el sexo, por ejemplo. Se trata entonces, al menos en el caso de la población que hemos estudiado, de categorías culturalmente heterogénea. En otros términos, no existe, al menos en este campo, oposición marcada entre la manera de pensar de las diferentes generaciones o entre los hombres y las mujeres.

3. TIPOLOGIA DE LA POBLACION ESTABLECIDA SOBRE LA BASE DE LOS MODELOS CULTURALES.

Establecer la tipología de las personas interrogadas partiendo del análisis factorial de las correspondencias es una etapa post-analítica de la investigación. La misma se desarrolla en dos tiempos. Partiendo de la idea de que los modelos culturales y revelados por el análisis son **tipos ideales**, la primera fase trata de confrontar la manera de pensar de cada uno de los entrevistados con los diferentes modelos. Consideramos cada una de las personas como un punto en el espacio cuya posición estaría determinada por la naturaleza de sus opiniones expresadas frente a todas las proposiciones que han servido de indicadores.

Se proyectan en seguida estos puntos sobre la gráfica que representa el campo cultural. Es entonces fácil comparar la lógica

cultural de cada persona interrogada con los modelos proyectados también en la misma gráfica. Por ejemplo, todos los puntos individuales que se sitúan en el mismo espacio que los componentes del modelo tradicional indican que los individuos que ellos representan comparten fuertemente estas opiniones, sin que, por tanto, las adopten totalmente. Es raro, en efecto, que la lógica de una persona sea idéntica a la del tipo ideal o modelo cultural. Es excepcional también que varios individuos tengan una lógica idéntica.

La operación siguiente consiste en establecer una clasificación de los entrevistados según la similitud de su lógica respectiva. Por un procedimiento de eliminaciones sucesivas, determinamos categorías de persona en función de la similitud que existe en su manera de pensar. Comparamos, al fin, la frecuencia de sus respuestas a cada una de las preguntas con la que habíamos obtenido para el conjunto de la población.

Los indicadores que determinan la lógica propia de una categoría son los que, para ese grupo, alcanzan un porcentaje que supera al de su media respectiva en el conjunto de la población. Seis categorías han sido retenidas, de las cuales tres tienen un perfil claramente definido.

Teniendo en cuenta la anterioridad de las creencias tradicionales en relación a los otros modelos culturales, consideramos primeramente la segunda categoría. En relación al conjunto de la población estudiada aquí, esta clase representa el 31% del conjunto. Agrupa a las personas cuya cultura está dominada por un pensamiento mítico. Encontramos en su perfil cultural, la casi totalidad de las proposiciones que gravitan alrededor de la temática "pecado-vs-castigo", de una parte, y sobre el maleficio, de otra. Encontramos también las referencias al saber práctico.

Podemos decir, en consecuencia, que si la relación a la naturaleza se construye sobre una explicación de la realidad que queda en el dominio de la analogía, el saber práctico presenta en la cultura, es un elemento sobre el cual se podría fundar

una educación sanitaria más elaborada. Porque, aún si se expresa en términos comunes, si se funciona sobre la observación directa de las cosas, y aun si se asocian las "causas" y los "efectos" sin poder explicar el lazo que los une, este saber constituye una etapa necesaria hacia un conocimiento más sistemático y coherente.

La característica demográfica y socio-cultural de las personas que la componen tiene el perfil siguiente: predominio masculino; edad media y madura; predominio rural, (obreros agrícolas sobre todo, seguidos por los pequeños productores parcelarios y luego los cooperativistas); artesanos urbanos; predominio también de las personas que no han recibido educación formal, de los alfabetizados en la campaña de alfabetización o de los que han comenzado los estudios primarios sin terminarlos nunca; desde el punto de vista religioso, una sobre-representación de los católicos; desde el punto de vista político, pertenecían a la ATC o a la UNAG como forma participativa.

En la oposición a la tradición, se sitúan, sobre el eje factorial, el modelo que expresa la modernidad, del cual se aproxima otra categoría. Su efectivo es de 165 personas, que representan el 42% de la población estudiada. Este grupo rechaza no solamente las creencias tradicionales, sino también niega el saber práctico, sin ver, tal vez, que éste último no es de la misma clase que las otras creencias. El modelo cultural aparece definido aquí por una oposición mas que por un contenido positivo integrado.

Este grupo es el más numeroso de la encuesta. En él encontramos una mayoría de mujeres, en gran parte menores de 35 años, casadas, que viven en la ciudad, en Managua y en Ciudad Sandino. Desde el punto de vista de la profesión, notamos una sobrerrepresentación de las amas de casa, pero también de comerciantes, de profesionales liberales (profesores y personal médico). Las personas de esta categoría tienen generalmente un nivel de educación post-primario: 60% han terminado prima-

ria, entre ellas 23.6% tienen el diploma de enseñanza secundaria y 14% tienen uno de enseñanza superior. Desde el punto de vista religioso. Si 67% se dicen católicos registramos también 16% de "sin religioso". Políticamente, los Sandinistas están sobre representados.

Las dos categorías numéricamente más importantes se oponen, entonces, en función a su referencia cultural global. El primer grupo interpreta la realidad de su universo, ya sea que él lo contruya o que se le imponga como un hecho de la naturaleza, pero de una naturaleza orquestada por fuerzas sobrenaturales, donde él mismo no es más que un objeto.

El segundo grupo, por el contrario, rechaza esta interpretación, tanto como todas las representaciones que a él se adhieren. Adopta un saber que él no ha producido, que tampoco se ha producido en el seno de su propia sociedad. Esta apropiación de un nuevo sistema explicativo de las cosas tiene por efecto, lo constatamos aquí, el de hacer hundir al viejo mito de la tradición. Sin embargo, estos conocimientos nuevos no están más que parcialmente integrados, no constituyen un dominio real de la naturaleza, a pesar de su uso técnico.

Además de estas dos categorías que representan más de 72% de la población entrevistada, encontramos aún otras cuatro categorías que nos indican, a la vez, la ruptura con la tradición y la dificultad para sistematizar los conocimientos nuevos en todo integrados. La primera de ellas se sitúa entre la tradición y la modernidad (sobre el primer eje factorial), más próxima, sin embargo, de la modernidad. Niega las creencias tradicionales, pero conserva el saber práctico. 46 personas (11.6%) del conjunto) constituyen esta clase.

Es un grupo mayoritariamente masculino y de edad media. Padres o madres de familia del medio rural, miembros de cooperativas de producción o artesanos entre los hombres, amas de casas entre las mujeres. Desde el punto de vista de su nivel de educación, la mayoría de ellos han pasado

por la enseñanza primaria que algunos no han terminado. En cuanto al aspecto religioso, los católicos y también los miembros de las sectas están sobrerrepresentados. 45% pertenecen al FSLN o a una asociación de masas, pero también a las organizaciones campesinas: 41% forman parte de una "comunidad de base".

Las otras tres categorías reagrupan a las personas que asocian el mutismo a la ignorancia. La primera, de 40 personas, representa un 10% de la muestra. Es un grupo relativamente joven, más urbano que rural, en el cual los miembros de los CDS están sobrerrepresentados, como también los empleados del sector terciario. A título de hipótesis al menos, podemos pensar que la ignorancia de la tradición (que implica también la imposibilidad de oponersele) es el resultado de una población que no ha sido socializada jamás en este tipo de creencias y de prácticas. Notenemos que la posición de los miembros de esta clase sobre la gráfica de los ejes factoriales está próxima al origen (punto 0). Esto permite decir que sus conocimientos, en el campo sanitario, revela de un saber práctico.

Las personas que pertenecen a las dos últimas categorías 17 y 5 personas respectivamente, han asociado la negativa de responder a un rechazo de las creencias tradicionales en las primeras o del saber práctico en las segundas. En los dos casos, las "no-respuestas" forman conjuntos coherentes. En el primer grupo, las negativas a responder están referida a las condiciones socio-económicas generadoras de la enfermedad. Como esta categoría está constituida particularmente por los miembros de los CDS, podemos pensar que su silencio significa que se niegan a juzgar la situación actual. Es evidente que las condiciones económicas influyen aun hoy, tanto a nivel colectivo como individual, como un freno al desarrollo de la salud.

Esta tipología de los entrevistados es indicadora de una cultura en transición. En el uso común, el concepto de "transición" se refiere a las relaciones sociales. Significa, en efecto, que se desarrolla, en una socie-

dad particular, un proceso generador de formas nuevas de relaciones sociales. Este hace caducar progresivamente las formas sociales anteriores que modelaban la sociedad.

Por otro lado, sabemos que esta transformación de las relaciones sociales en la fase de un desarrollo capitalista -la sumisión formal del trabajo al capital- para ser real implica un desarrollo de las fuerzas productivas. Supone, él mismo, la investigación científica capaz de engendrar una dinámica en los sectores sociales, si no directamente, al menos a nivel de la cultura dominante de la sociedad. Aquí interviene el modo de organización social. Ella puede, en efecto, integrar o, al contrario, excluir de este saber, a fracciones más o menos importantes de la población.

En el paso a una forma de organización socialista, se trata sin embargo, de un proceso de transición de orientación particular. La Transformación de las relaciones sociales está aquí, intencionalmente orientada hacia un modelo específico de sociedad. El carácter intencional del cambio social implica, a corto plazo, (y es por otro lado lo que lo diferencia de un cambio inintencional), un trastorno profundo del campo de los simbólico social. Se trata también, en efecto, de difundir en el conjunto social y de hacer interiorizar en los sectores sociales, nuevos modelos de prácticas, sostenidos por otras interpretaciones y por nuevas legitimaciones.

Pero, estos actores están lejos de ser pasivos. Socializados en modelos, algunos tienen tendencia a reproducirlos, no viendo siempre lo bien fundado del cambio o miedos por lo desconocido que él representa. Otros, por el contrario, tal vez más porque fueron integrados en un movimiento social que por la adquisición de un saber, adoptan nuevas prácticas, a veces de una manera un poco absurda. Vista en el plano macro-social, la situación puede parecer anómica. Exige, en todo caso, serios esfuerzos en el plano de la educación popular.

Es necesario considerar la sociedad nicara

güense desde esta perspectiva. La protección de la salud se ha transformado en un sector clave. El desarrollo de las condiciones sanitarias es, en efecto, una necesidad imperiosa, no solamente para el bienestar de la población, sino también para la viabilidad misma de las formas sociales que se busca introducir. En una sociedad de orientación socialista -cualquiera sea su forma- el desarrollo de la salud es uno de los objetivos colectivos cuyo éxito permite interpretar en términos cualitativos, y legitimar, el rol del Estado y su relación a la población. Por ello, aun si el sector político no siempre es consciente, el desarrollo de los conocimientos en el campo de la salud y de la enfermedad es fundamental.

Por otro lado, si la aspiración a la salud es grande en los grupos populares, los sectores sociales están lejos de pensar que ella implica una intervención de su parte. Ignoran, en efecto, que el mantenimiento de la salud exige un aprendizaje de nuevas prácticas y de un nuevo saber. Ellos se refieren naturalmente a su modelo habitual, al cual le agregan conocimientos nuevos relativamente rudimentarios y fragmentarios. Estos no son difundidos en efecto, más que accidentalmente por las "masas" medias o por los agentes de salud, cuando se hacen campañas de prevención.

Vemos entonces que se perfilan, en esta primera parte de la investigación, las estructuras del campo de los simbólico popular, aun si el estudio se realiza a través de las representaciones sobre la "enfermedad vs salud". Ya una parte de la hipótesis se verifica, a saber, la sacudida de esta cultura popular y, consecuentemente, la pérdida irreversible de su carácter monolítico. Sin embargo, el análisis permite ir más lejos en la reflexión. Observamos, en efecto, que el nuevo saber que se generaliza no constituye un cuerpo de conocimientos suficientes para eliminar la forma de pensamiento tradicional que dominaba. Al contrario, se integra fácilmente en el pensamiento mítico donde logra la narración.

La oposición a la tradición se define como

un rechazo global de las cosas del pasado, sin que podamos decir que se basa siempre en conocimientos sistemáticamente organizados. En los grupos populares urbanos, son varios los que se oponen a las creencias tradicionales porque naturalmente uno debe oponerse, sin más.

Brevemente, está claro, que es la mayoría de las clases populares la que es arrastrada en este proceso de cambio cultural. Esta conclusión esta perfectamente confirmada por la parte de la investigación a propósito de las prácticas de curación, donde los tres modelos fundamentales eran compuestos, respectivamente, de un conjunto de prácticas tradicionales (promesas, recurso a curanderas y a magia); del rechazo de estas prácticas, y de la ignorancia frente a las antiguas prácticas. Existe también un consenso sobre práctica de recurso a medios actuales, como la vacuna, el higiene, la acción preventiva.

CONCLUSION

Al término de esta investigación, quisiéramos orientar la reflexión sobre varias pistas que se nos han presentado en el curso de este trabajo. En primer lugar, hemos podido constatar que en Nicaragua, como por otro lado en toda sociedad, el problema de la enfermedad y de la salud es a la vez la más individual de las realidades y uno de los componentes de las relaciones sociales. Por este hecho, el investigador se encuentra invitado a establecer una lógica entre las percepciones individuales y lo simbólico social.

Esta exigencia constituye el primero de los fundamentos del método que hemos seguido. El segundo, recordemos, está basado sobre la coherencia más o menos acentuada que condiciona todo sistema de representaciones, ya sea social o individual, por esto existen corrientes de pensamiento colectivo, que hemos llama los "modelos culturales", constitutivos de la cultura. En el plano individual, encontramos también modos de pensamiento coherentes que se aproximan de estos modelos culturales.

Precisamente son éstos últimos los que tratamos de descubrir por el análisis de las representaciones sobre la enfermedad y la salud.

Una zona de consenso y una pluralidad de modelos culturales.

Uno de los primeros descubrimientos de la encuesta es el hecho de que existe en los medios populares de Nicaragua una zona de consenso sobre la salud, es decir un acuerdo sobre el sentido de un cierto número de representaciones aceptadas por todo el mundo. Se establece sobre lo que podríamos llamar un "saber médico", casi siempre muy simple, que se refiere a las causas de la enfermedad. Es, entonces, hoy un hecho logrado en los grupos populares el atribuir la enfermedad a causas objetivas, como la acción microbiana, el envejecimiento de los órganos la falta de higiene. Estos conocimientos, que son aún elementales, se acompañan, sobre todo después de la revolución, de prácticas: la frecuentación de instituciones de salud privadas o públicas donde se ejerce una medicina de tipo científico.

Este consenso no recubre, sin embargo, la totalidad del campo simbólico de la enfermedad y de la salud. Se combina con divergencias en los modos de pensamiento, lo que lleva a la existencia de modelos culturales diferentes. Así, el sistema tradicional de las representaciones de la enfermedad, construido sobre la oposición entre los órdenes del bien y del mal y connotado religiosamente, formaba, hasta hace poco tiempo, la base del consenso social. En este modelo la lógica del bien es querida por Dios y garantizada por los ángeles o los santos. Por el contrario, la lógica del mal es la del demonio y sus intermediarios, los seres humanos que cometen un "mal" de dimensiones sociales, pues sus efectos conciernen al conjunto del grupo.

Se asiste hoy a un deslizamiento del "lugar cultural" del consenso, porque, frente a las creencias tradicionales, la población estudiada estalla en tres categorías: los "creyentes", los "no-creyentes" y los que afirman no saber qué pensar sobre esto. Los

actores sociales que se ubican en cada una de estas categorías participan en los modelos culturales donde la aceptación, la ignorancia o aún la negación de las creencias tradicionales están asociadas con el "saber médico" del que hemos hablado precedentemente y sobre el cual existe consenso.

Primeramente, se podría pensar que solamente el grupo que rechaza la tradición expresa una coherencia real a nivel del modelo cultural. Pero, por paradójico que esto pueda padecer, existe también en el discurso de los creyentes tradicionales una lógica, si no consciente, al menos real. Surge entonces una nueva versión del mito explicativo de la manera en que opera el "mal de ojo", es él, el que atrae los microbios al cuerpo de la persona que él

mira. A pesar de la adquisición de conocimientos objetivos, el "saber médico" explica la acción del agente inmediato, el pensamiento queda entonces mítico a nivel de la explicación global.

Salud y reproducción social en las sociedades precientíficas

Para el sociólogo, la cuestión es saber porqué las creencias tradicionales continúan reproduciéndose en ciertos grupos, en los medios populares rurales sobre todo, mientras que desaparecen en otros, principalmente en los medios populares urbanos, siendo que los unos y los otros están sometidos a las mismas campañas de divulgación de los conocimientos y disponen de los mismos servicios medios. Avanzaremos



Jornadas Populares de Salud (JPS), "Una representación popular de la salud en Nicaragua".

aquí una hipótesis que surge de una sociología de la salud, en la perspectiva de la teoría de la transición.

La enfermedad, decíamos, es a la vez una realidad individual y una realidad social. Constituye, en efecto, para cada individuo uno de los componentes de su relación al cuerpo. Es también social, porque interviene a nivel de las relaciones directas entre los individuos (el enfermo y los otros en la familia, la comunidad pueblerina, el barrio, el grupo de trabajo, etc.) y porque es un elemento importante en la construcción de las relaciones sociales. Su representación, la de sus causas y de sus efectos es una de las idealidades constitutivas de la realidad. Para comprender esto, basta pensar en las diferentes concepciones de la enfermedad, de la salud o de la medicina que son vehiculadas en las sociedades según el modo de producción en el cual ellas se inscriben: la enfermedad como castigo de Dios, en las sociedades tradicionales; la salud como mercancía, en las economías capitalistas; la enfermedad y la medicina como problema a dominar, en el proyecto socialista.

Las representaciones de la enfermedad o de la salud se inscriben en sistemas de representaciones amplios que pretenden interpretar las causas de las realidades en las que los actores sociales hacen la experiencia. En todas las sociedades estas representaciones desembocan también en prácticas curativas que siguen las normas institucionalizadas. Los sistemas de representaciones expresan la coherencia del pensamiento, sea mítico o científico, mientras que las prácticas manifiestan una racionalidad orientada en función de una eficacia inmediata.

En las sociedades pre-científicas, el sistema de representaciones construido sobre la doble problemática de la enfermedad y de la salud, constituye una de las respuestas a una búsqueda de sentido. Es un auto-producto de grupos, en el cual las causas de la enfermedad (como en el caso del "mal de ojos") huyen del orden de la naturaleza, es decir, de causas físicas o biológicas, hacia la responsabilidad directa de los

actores sociales; en otros términos, hacia un orden de cultura. Esta construcción no es solamente explicativa del fenómeno natural observado, también es legitimadora y reguladora de las relaciones sociales que existen en el micro y en el macro - nivel de la sociedad.

El paso a un discurso religioso sistemático sobre las causas de la enfermedad es ya una respuesta más racional, puesto que es más coherente en esta búsqueda de sentido, al mismo tiempo que condiciona más estrictamente las prácticas que le corresponden, como las devociones, los ritos.

Es en este nivel en el que se sitúa la clave que permite comprender la paradoja de que hablábamos anteriormente, es decir la coexistencia entre un saber práctico que incluye un conocimiento médico de base científica y una explicación mítica del origen de la enfermedad. La eficacia de la medicina científica reside, en este caso, únicamente en el plano de la relación consigo mismo, de la relación del individuo con su propio cuerpo. No interfiere para nada en la regulación de las relaciones sociales. Sin embargo, en las sociedades pre-capitalistas mesoamericanas, el "mal de ojo" (la mirada generalmente atribuida a un personaje femenino que provoca la enfermedad), o el **hechizo** (la mala suerte que puede ser tener un problema físico) constituyen formas de control social que permiten regular los conflictos en el seno de la estructura de parentesco o de resolver simbólicamente las contradicciones en las sociedades de pequeña dimensión donde existen relaciones personales particularmente intensas entre los mismos individuos. En este nivel es evidente que la medicina moderna no aporta ningún elemento de solución, pues no responde a las exigencias lógicas de un pensamiento mítico que engloba, en un conjunto coherente de explicaciones, la naturaleza, el mundo de las divinidades y demonios y los seres humanos.

La adopción por los actores sociales del nuevo sistema de representaciones sobre las causas de la enfermedad y de las prácticas que le están asociadas, depende

de la comunicación que se les hace. En Nicaragua se realiza por múltiples medios: campañas de salud, acción preventiva de la brigadas, educación en los centros de salud por el personal médico, "mass media", etc. En el plano de los conocimientos y representaciones, se trata de la transmisión de un saber práctico y concreto. En cuanto a la adopción de nuevas prácticas, depende a todo esencialmente, de la experiencia sobre su eficacia.

Pero en la sociedad rural nicaragüense, las relaciones sociales en los pueblos recién comienzan a modificarse; las cooperativas de producción no, representan más que la minoría en el seno del campesinado. Estas entidades sociales de pequeña dimensión se ven confrontadas a exigencias simultáneas que nacen de racionalidades contradictorias: por una parte, la solución de la relación a sí mismo (o a sus niños) a través del recurso de terapéuticas contemporáneas, y, por otra parte, la solución de las contradicciones de la microsociedad que no han sido aun eliminadas por las nuevas transformaciones sociales. Solamente un mito que permita englobar a la vez el saber moderno y las creencias tradicionales podrá reducir la contradicción respondiendo así a las dos racionalidades. Es el caso del "mal de ojo" que, en las nuevas representaciones, guía a los microbios en la transmisión de las enfermedades.

Se trata entonces de una manifestación casi perfecta de un proceso transitivo en el plano de la cultura. Notaremos primeramente que de la dialéctica entre la relación a la naturaleza y las relaciones sociales nace la dinámica de la cultura. Es decir que un cambio cultural, como el

paso de una forma de pensamiento mítico a una forma de pensamiento científico en el dominio de la naturaleza, y crítico en el plano social, no puede efectuarse afuera de un cambio profundo de las relaciones sociales; este análisis contradice todo pensamiento idealista que considera a la cultura como algo en sí mismo.

Constatamos también que la erosión de las formas de pensamiento mítico no está compensado automáticamente por un desarrollo del pensamiento científico y crítico. Existe, podríamos decir, una fase transitoria, la del paso a una forma de pensamiento pragmático. Esencialmente concreta, absolutiza los indicadores, en la imposibilidad de poder alcanzar el nivel abstracto de las lógicas que ellos revelan. Por eso, en el plano de la enfermedad, el saber práctico confunde síntomas y causalidades. Lo que observamos aquí, en el campo de la salud, se da también en el nivel de las representaciones del espacio, del tiempo y, en general, de toda forma de construcción de un nuevo discurso científico.

El análisis que hemos podido hacer sobre la enfermedad y la salud nos muestra en conclusión que sería vano creer que se puede desembocar en la generalización de una cultura científica, etapa que hoy es indispensable a todo proceso de emancipación humana, sin pasar por una transformación fundamental, no solamente de las relaciones sociales de producción, sino también de todos los que estructuran las entidades sociales en la micro-dimensión. Por esto las campañas de alfabetización o la educación popular sanitaria no pueden constituir más que elementos en el interior de un conjunto de transformaciones de las sociedades.

NOTAS

- 1) F. Houtart y G. Lemercinier, **Religión y Política en los grupos populares de Nicaragua**, manuscrito, 1984.
- 2) A. Robles, **Modelos culturales de los medios populares de Nicaragua**, tesis de maestría en sociología, Louvain-Laneuve, 1985.
- 3) Dr. A. Dávila Bolaños. **La medicina precolombina de Nicaragua**, Estelí, 1974.
- 4) *Ibidem*, p. 35, y J. Eric Thomson, **Historia y Religión de los Mayas**, siglo XXI, México, 1975, p. 206.

J. Richard Andrews y Ross Hassig, **Treatise on Heathen Superstitions**, by Hernando Ruíz de Alarcón, Univ. of Oklahoma Press, Norman, 1984 (su introducción, p. 34).

Medicina tradicional en los Andes Bolivianos, Centre d'Etudes bio-éthiques, Bruxelles, p. 109.

Dr. A. Dávila Bolaños, **op.cit.**, pf. 34, 41, 44.

Idem. p. 49-64.

J. Richard Andrews et Ross Hassing, **op.cit.**, p. 30.

Dr. A. Dávila Bolaños, **op.cit.**, p. 96.

Idem., p. 87-88.

Idem., p. 106-107.

J. Richard Andrews et Ross Hassing, **op.cit.**, p. 31.

Dr. A. Dávila Bolaños, **op.cit.**, p. 124-132.

J. Richard Andrews et Ross Hassing, **op.cit.**,

p. 30.

16) Dr. A. Dávila Bolaños, **op.cit.**, p. 95.

17) J. Richard Andrews et Ross Hassing, **op.cit.**, p. 31-32.

18) Ver las diversas obras de la publicación de Milagros Palma, **Por los senderos míticos de Nicaragua**, Nueva Nicaragua, Managua, 1984.

19) M. Cerrero Barredo y Teofilo Cabestreño, **Lo que hemos visto: apuntes en la Revolución de Nicaragua**, DDB, Bilbao, 1983, p.32.

20) **Revolución Sandinista es salud del pueblo**, Patria Libre, N 4 (mayo 1980), p. 37.

21) Una investigación exploratoria había sido realizada durante el verano 1984 a fin de precisar algunas preguntas, antes de formular las hipótesis y los instrumentos de investigación: Rolando Guerra e Isaac Estrada, **Representaciones socio-culturales de la enfermedad y de salud - Hipótesis elaboradas en una región del Pacífico en Nicaragua**, manuscrito, 1984.

CUADRO 3.

Proposiciones introducidas en el análisis de las opiniones sobre el origen del estado de salud y de las causas de la enfermedad.
Distribución de las opiniones emitidas en el conjunto de la muestra (en %).

Proposiciones	Acuerdo	Desacuerdo	Sin opinión
1- La lluvia es la causa de la diarrea de los niños. (v8).	48.4	46.6	5.1
2- Las enfermedades cardíacas pueden ser consecuencia de una dieta demasiado rica o abundante. (v16).	53.2	29.1	16.7
3- El alcohol (ron) mata tanta gente como las enfermedades. (v17).	85.3	9.9	4.3

4-	Ciertas enfermedades de los niños son el resultado de un maleficio (hechizo) dado por mujeres envidiosas. (v20).	33.7	55.6	9.6
5-	Los niños que comen frutas verdes pueden padecer de diarrea. (v24).	67.3	26.1	5.1
6-	Las mujeres embarazadas pueden enviar enfermedades a los niños, mirándolos con malos ojos. (v28).	47.6	46.3	5.3
7-	Hay enfermedades provocadas por el envejecimiento de los órganos. (v29).	82.3	8.9	7.6
8-	Es mejor no organizar una fiesta de bautismo porque el niño podría recibir un maleficio (hechizo) de parte de algunas personas. (v30).	27.8	62.3	8.9
9-	Los espíritus de los muertos pueden causar enfermedades. (v31).	26.8	61.0	10.9
10-	Las enfermedades incurables como poliomielitis, tuberculosis, epilepsia, nervios, son un castigo de Dios. (v32).	21.8	70.4	6.8
11-	Las enfermedades son el resultado del pecado. (v35).	32.7	58.2	7.6
12-	El pecado de una persona puede provocar un castigo colectivo. (v31).	33.9	55.2	9.4
13-	La salud es un privilegio para los ricos. (v67).	29.9	62.5	3.5
14-	Dios da la salud y la revolución la conserva. (v72).	71.1	19.0	7.1
15-	Nuestra familia se enferma porque somos pobres y desnutridos. (v90).	52.9	40.5	3.0
16-	Ciertas enfermedades son hereditarias. (v89).	50.6	38.7	7.8
17-	Ciertas enfermedades son provocadas por seres vivos invisibles (microbios). (v9).	96.5	1.3	1.5
18-	Los insectos como mosquitos, pueden transportar gérmenes de enfermedades. (v10).	98.0	0.5	0.7

19- La suciedad de la comarca o del barrio puede ser peligrosa para la salud de todos. (v11).	97.6	1.0	1.0
20- Si una familia no usa letrinas, puede transmitir enfermedad a todo el mundo. (v12).	97.6	1.0	1.0
21- Uno puede enfermarse con frecuencia porque come alimentos averiados. (v14).	91.6	5.7	2.7
22- Dios nos da la salud, pero nosotros debemos conservarla. (21).	91.9	7.1	0.3
23- Cada persona tiene derecho al cuidado del Estado sobre la salud. (v71).	91.1	3.3	2.5
24- El consumo de alcohol por un matrimonio puede influir sobre la salud de los futuros hijos.	92.7	2.8	2.0
25- Una mujer embarazada que fuma puede transmitir enfermedades pulmonares a su futuro hijo.	92.7	3.8	2.83